



Ministério da Educação - MEC  
Universidade Aberta do SUS - UNASUS  
Universidade Federal do Paraná - UFPR  
Setor de Ciências da Saúde  
Curso de Especialização em Atenção Básica



# **MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

MARINA ZEDU ALLIPRANDINI

APUCARANA/PR

2021



Ministério da Educação - MEC  
Universidade Aberta do SUS - UNASUS  
Universidade Federal do Paraná - UFPR  
Setor de Ciências da Saúde  
Curso de Especialização em Atenção Básica



**MARINA ZEDU ALLIPRANDINI**

## **MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção do título em especialista do Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadores: Erika Feller

APUCARANA/PR

2021

## RESUMO

O plano de Intervenção que trata do Tema Manejo de Cuidados Paliativos na Atenção Básica é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Ele expõe a realidade da população abrangida pela unidade de saúde Ruth Eugênio, localizada em Apucarana /PR e evidencia a população com elegibilidade para adoção de cuidados paliativos, a qual é a principal beneficiária desse projeto de intervenção. O objetivo do trabalho é estabelecer critérios de elegibilidade para pacientes candidatos a cuidados paliativos e com o manual estabelecido fornecer orientação para a equipe da atenção básica sobre os cuidados especiais e manejo ambulatorial de pacientes em cuidados paliativos, a fim de evitar internações desnecessárias. A metodologia se baseia em pesquisa ação, após revisão de literatura e estabelecimento do manual/protocolo de cuidados paliativos na atenção básica. Ele poderá ser distribuído para orientação e implementação das informações e cuidados orientados na atenção básica de saúde. As informações contidas no protocolo estabelecido serão utilizadas para melhor manejo dos pacientes em situação de fim de vida, além de informação e orientação para profissionais de saúde que lidam com esses pacientes. O objetivo do protocolo será atingido após finalizado, impresso e distribuído para as equipes de atenção básica, a fim de orientação para seguimento e manejo de pacientes com critérios elegíveis para promover cuidados paliativos e dignidade no fim de vida, manejo de dor, dispneia e entre outros cuidados importantes a serem adotados.

**Palavras-chave:** 1. Cuidados Paliativos 2. Unidade básica de Saúde 3. Cuidados em Fim de vida 4. Manejo de dor 5. Atenção primária.

## ABSTRACT

The Intervention plan that deals with the Management of Palliative Care in Primary Care is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. It exposes the reality of the population covered by the health unit Ruth Eugênio, located in Apucarana / PR and highlights the population eligible for the adoption of palliative care, which is the main beneficiary of this intervention project. The objective of the work is to establish eligibility criteria for patients who are candidates for palliative care and with the established manual provide guidance to the primary care team on special care and outpatient management of patients in palliative care, in order to avoid unnecessary hospitalizations. The methodology is based on action research, after literature review and establishment of the palliative care manual / protocol in primary care. It can be distributed for guidance and implementation of information and care oriented in primary health care. The information contained in the established protocol will be used to better manage end-of-life patients, as well as information and guidance for health professionals who deal with these patients. The objective of the protocol will be reached after finalized, printed and distributed to the primary care teams, in order to provide guidance for the follow-up and management of patients with eligible criteria to promote palliative care and dignity at the end of life, pain management, dyspnea and among other important precautions to be taken.

**Keywords:** 1. Palliative Care 2. Basic Health Unit 3. End of Life Care 4. Pain Management 5. Primary Care.

## SUMÁRIO

<b>1) INTRODUÇÃO</b>	<b>06</b>
<b>2) OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
- Objetivo Geral	10
- Objetivos Específicos	10
<b>3) METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>4) REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
<b>5) IMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>6) RESULTADOS DA INTERVENÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>7) CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>26</b>
<b>8) BIBLIOGRAFIA</b>	<b>27</b>

## INTRODUÇÃO

O município a que esse trabalho é proposto refere-se a um núcleo habitacional localizado na zona oeste 2 de Apucarana – PR, cidade situada no centro-norte do Paraná e que possui aproximadamente 110.000 mil habitantes. A equipe de PSF da Unidade Básica de Saúde Ruth Eugênio da Silva é composta por 2 ACS, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 médica, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 nutricionista e 1 fisioterapeuta.

A comunidade possui grande área descoberta. A abrangência da comunidade é dividida em 5 áreas, onde cada área é de responsabilidade de 1 ACS. Do total de 5 ACS, apenas 2 ACS estão atuando no momento o que prejudica bastante a atualização de dados sobre a real área de abrangência.

Segundo relatório adquirido pelo Saúde – Atenção básica (E-SUS) – Ministério da Saúde do Estado do Paraná – Município de Apucarana – Unidade de Saúde UBS Ruth Eugênio da Silva, atualmente a unidade apresenta 424 pessoas cadastradas, as quais são referentes a 2 áreas da região. Devido à falta de 3 ACS, a unidade apresenta 3 áreas descobertas. Esse fato não implica que a população dessas áreas não tem acesso a atendimento, elas são igualmente atendidas em suas necessidades e integralidade. Entretanto, não existem informações sobre número de pessoas pertencentes a essas áreas.

O município de Apucarana - PR tem como organização da rede de atenção de saúde composta pelos postos de saúde, referentes a atenção primária. Possui apenas 1 UPA para atendimentos de urgência/emergência, que funciona 24 horas/dia e 1 centro infantil para atendimento de crianças. Possui 1 hospital terciário como referência, onde funciona residências médicas e 1 CAPS para atendimento de transtornos mentais e de adicção (álcool e drogas).

Esses serviços constantemente ficam sobrecarregados, já que não comportam toda a demanda necessária do município. Dessa forma é perceptível a necessidade de implementação de outros centros de saúde de urgência e emergência, para que o atendimento seja otimizado e consiga suprir a demanda necessária, além de otimizar o atendimento na atenção básica a fim de se promover a saúde e cuidados a fim de evitar internamentos por causas evitáveis quando avaliados e conduzidos de forma correta e precoce na atenção básica. Isso melhoraria

a qualidade de vida não só dos pacientes, como também dos profissionais de saúde que atuam nesses centros, já que frequentemente o trabalho é exaustivo.

Em relação ao perfil demográfico, os dados encontrados revelam que a comunidade possui 424 pessoas cadastradas, sendo 194 do sexo masculino e 230 do sexo feminino. Em relação a faixa etária estão cadastradas 63 pessoas de 0 a 14 anos, 36 pessoas de 15 a 19 anos, 254 pessoas estão entre a faixa dos adultos (20 a 59 anos) e em relação aos idosos (acima de 60 anos) temos 71 pessoas.

As queixas mais comuns que levam a população a procurar atendimento são: Dores crônicas (osteomuscular, cefaleia), acompanhamento de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 (DM1 e DM 2), dislipidemia, queixas de lesões dermatológicas ou úlceras de pressão em pacientes acamados – dermatites, fungos, acnes, abscessos, nevos, entre outros... Solicitação de exames de rotina ou rastreio, doenças virais agudas como resfriado comum (tosse, coriza), queixas de diarreia e vômitos – gastroenterocolite aguda (GECA).

Em relação ao número absoluto de pessoas registradas com doença crônica temos um total de: Diabetes (63), Hipertensão (115), Tem ou teve câncer (39), Teve AVC (40), teve IAM (39), Tuberculose (35), Hanseníase (35), Doença respiratória do pulmão (23), Asma (3), DPOC/Enfisema (1), doença cardíaca (4).

Apesar de não haver relatos precisos em relação a números absolutos, boa parte da comunidade apresenta transtornos do humor moderados a graves: como depressão, esquizofrenia, transtorno de ansiedade generalizada, síndrome do pânico entre outros. Além disso também há abuso de drogas e álcool, apesar do trabalho insistente em amenizar tal realidade. Há ainda casos de pacientes acamados seja por doenças neurodegenerativas como Alzheimer ou por sequelas de AVCi, Diabetes e pacientes com neoplasias em estágios finais sem proposta terapêutica que precisam ser acompanhados mais de perto para otimização de cuidados paliativos que uma equipe bem treinada é capaz de oferecer melhor qualidade de vida no fim de vida desses pacientes, objetivamos reduzir internamentos desnecessários que só prologam sofrimento e dor do paciente e familiares.

Dessa forma, o principal problema evidenciado nessa realidade são muitos pacientes em condições de fim de vida, sejam afecções crônicas ou agudas, sem proposta terapêutica que reverta a condição de base, que não são devidamente assistidos em suas necessidades peculiares. Convivem com dor e sofrimento, procurando demasiadamente o serviço secundário e terciário por descompensações

e queixas álgicas que se manejadas adequadamente na atenção primária, poderiam ser evitadas internações desnecessárias no setor terciário, que prologam o sofrimento e distanciamento desses pacientes com os familiares, além de sobrecarregar o setor terciário e secundário já bastante insuflado.

A partir dessa realidade relatada na comunidade da atenção básica, o plano de intervenção escolhido terá como objetivo estabelecer um protocolo para definir quais desses pacientes com comorbidades avançadas ou doenças agudas porém sem proposta terapêutica se encaixam em critérios definidos pelo protocolo de cuidados paliativos exclusivos, sobre a indicação, sobre os cuidados necessários e fundamentais para oferecer maior dignidade a esses pacientes, além de realizar orientações sobre o acompanhamento desses pacientes, suas necessidades específicas.

A partir disso, recolhendo informações fundamentadas pela literatura, o projeto se aplicaria em elaborar orientações sobre o tema, abordagem e esclarecimento das dúvidas mais comuns para os profissionais da equipe multidisciplinar que atuam na atenção básica. Conhecer os pacientes em cuidados de fim de vida, que necessitam de um olhar mais abrangente e focado em suas necessidades e limitações: como manejo de dor, orientações de familiares sobre a priorização de conforto e não obstinação terapêutica são fundamentais para que esses pacientes que possuem doenças crônicas, limitantes, acamados e sem qualidade de vida, possam ter uma atenção mais específica e direcionada para suas necessidades, minimizando internamentos desnecessários que sobrecarregam a atenção terciária já bastante insuflada e tornariam a convivência desse paciente já em fim de vida com familiares mais próxima, sem intervenções que prolonguem sofrimento.

Capacitar os profissionais da atenção básica para o manejo e visitas constantes domiciliar desses pacientes crônicos, reduziram complicações importantes como úlceras de pressão que constantemente evoluem com infecções trazendo sofrimento e dor para o paciente. Orientações sobre dieta e manejo para evitar risco de broncoaspiração em pacientes que possuem complicações neurológicas que dificultam a deglutição. Em caso de neoplasias que cursam com muita dor oncológica, saber como prescrever e otimizar analgésicos são fundamentais para aliviar o sofrimento. Entre outras medidas que se pesquisadas, sistematizadas e repassadas para toda equipe multidisciplinar da atenção básica com o intuito de

preparar melhor a equipe para as demandas específicas desse perfil de paciente que necessitam de atenção direcionada em cuidados paliativos, reduziria muito a dor e sofrimento do paciente, familiares, além de reduzir internações desnecessárias que provocam mais distanciamento do paciente e seus entes queridos.

O tema cuidados paliativos é ainda considerado de extrema controvérsia e, em muitos hospitais brasileiros e também na atenção básica, existe a deficiência de protocolos que otimizem um melhor atendimento e direcionem a atuação da equipe multiprofissional de maneira unânime. O objetivo dessa intervenção seria promover o esclarecimento sobre o assunto, informativo e otimizar a atuação da equipe multidisciplinar a fim de melhorar a compreensão que a equipe possui sobre o assunto para realizar orientações mais direcionadas nas falhas e dificuldades que a equipe possa apresentar. Existe a necessidade atender o paciente e família de forma multidisciplinar, dada a importância destinada à equipe e estabelecer melhores critérios e condutas para manejo paliativo em pacientes fora de possibilidade terapêutica.

Assim, o problema priorizado é a evolução final de doenças crônicas ou agudas, incuráveis que levam os pacientes a perda importante da qualidade de vida e sofrimento dos mesmos e das famílias, que necessitam de uma melhor intervenção dos profissionais da atenção básica, focando em medidas de conforto e analgesia, além de suporte emocional aos familiares para que lidem com a situação da melhor forma possível. A finalidade é não promover obstinação terapêutica utilizando os indicadores sociais para pesquisar e encontrar pacientes em condições sociais e de saúde que se encaixam em critérios para cuidados paliativos exclusivos, promover reuniões com a equipe multiprofissional e família sobre a melhor forma de abordagem dos cuidados desse paciente, para que desde o início exista uma boa relação médico paciente, promovendo um fim de vida para eles com melhor qualidade de vida e dignidade.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

O objetivo do projeto de intervenção é promover orientações sobre cuidados paliativos aplicadas a continuidade do cuidado na atenção básica e em outros pontos da rede de saúde.

### **Objetivos específicos:**

- Elaborar um guia de cuidados paliativos, fundamentada em dados da literatura para orientação, na atenção básica e outros pontos de atenção da rede de saúde.
- Apresentar orientações de manejo clínico das principais comorbidades e intercorrências,
- Evitar internações prolongadas, sofrimento e distanásia.

## **METODOLOGIA**

O trabalho aqui proposto trata-se de uma pesquisa ação que se baseará inicialmente em protocolos existentes na literatura sobre condução e manejo em cuidados de fim de vida em pacientes paliativos. Na sequência, a partir desses protocolos sobre informações relevantes para definir pacientes candidatos a cuidados paliativos exclusivos, essa condução e manejo deverão ser aplicados a pacientes ambulatoriais, acompanhados na unidade básica de saúde, a fim de que a proposta e abordagem da família sobre o assunto seja feita sempre que possível, a fim de preparar a família e profissionais da saúde da atenção básica para os cuidados necessários com esses pacientes, a fim de se evitar internações desnecessárias e prolongadas que deixam o paciente longe da sua família e aumentam o sofrimento de todos.

Para a definição dos participantes da presente pesquisa, para o diagnóstico situacional foram analisadas a composição e estrutura da comunidade para avaliação do perfil de pacientes que se enquadram nos critérios elegíveis para cuidados paliativos – aqueles pacientes com condições clínicas debilitantes, com piora da funcionalidade progressiva e que apresentam doenças de base incuráveis ou progressivas, dos quais não se beneficiam de obstinação terapêutica. Essas informações serão pesquisadas em artigos acadêmicos, manuais de cuidados

paliativos, em endereços eletrônicos disponíveis como a “Academia Nacional de Cuidados Paliativos”.

Dessa forma, o plano de intervenção será realizado com os seguintes propósitos:

- **Objetivo:** por meio de um protocolo estabelecer pacientes que preenchem critérios para cuidados paliativos exclusivos e como deve ser a condução de casos na atenção básica: orientações aos profissionais da saúde envolvidos, manejo verbal com os familiares e reuniões de orientação, propostas paliativas a serem adotadas para esses pacientes em fim de vida.

- **Estratégia:** buscar na literatura elementos na literatura para fundamentar as propostas do protocolo e escrever de acordo com as principais atualizações e orientações sobre o assunto.

- **Duração:** O projeto de intervenção – módulo de metodologia do trabalho de conclusão do curso (TCC) teve início em 08/09/20 e terá fim com a apresentação do TCC em 06/03/2021.

- **Envolvidos:** equipe multiprofissional da atenção básica (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta), familiares dos pacientes alvo e pacientes com condições clínicas que se enquadram em cuidados paliativos exclusivos.

- **População alvo / amostra:** Profissionais da saúde e pacientes em condições clínicas de debilidade funcional irreversível e que apresentam condições de doenças de base graves e incuráveis que causem sofrimento para si e familiares.

Os recursos educacionais utilizados será revisão de literatura para melhor fundamentação do projeto de pesquisa e desenvolvimento do protocolo e locais de divulgação do protocolo estabelecido será a própria Unidade básica de Saúde, Hospitais Terciários e Secretaria de Saúde.

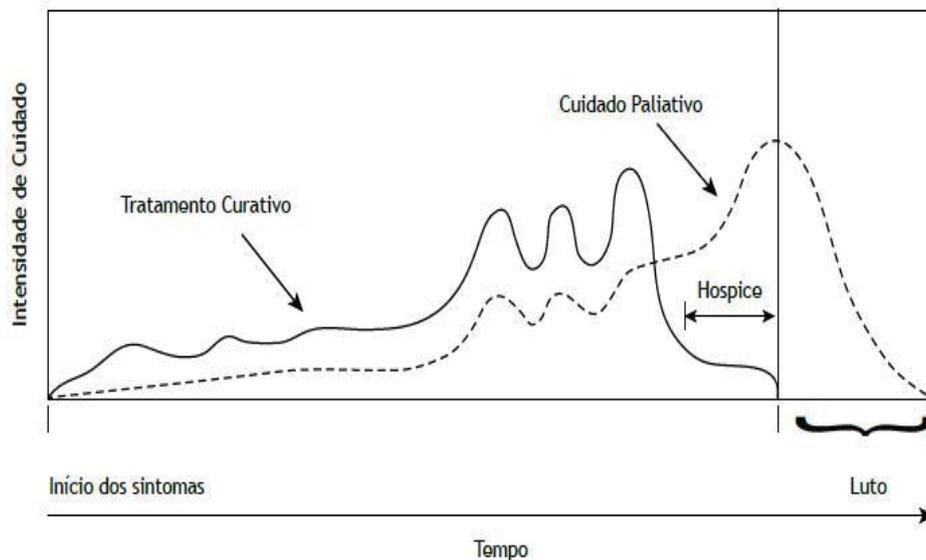
<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Duração</b>	<b>Envolvidos</b>	<b>População alvo/ amostra</b>	<b>Recursos Educacionais utilizados</b>	<b>Locais de divulgação dos recursos educacionais</b>

Promover a qualidade de vida em pacientes que estão em fim de vida.	Capacitar equipe multiprofissional por meio de protocolo estabelecido	De 08/09/2016 a 06/03/2021	Equipe Multiprofissional e familiares dos pacientes em cuidados paliativos exclusivos	Pacientes que preenchem critérios para cuidados paliativos exclusivos.	Revisão de Literatura para elaboração do Protocolo.	Unidade básica de Saúde, Hospitais Terciários, Secretaria de Saúde do Município.
---	---	----------------------------	---	--	---	--

## REVISÃO DA LITERATURA

Os cuidados paliativos (CP), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Assim, o principal objetivo dos cuidados paliativos é garantir melhor qualidade de vida, tanto ao paciente, quanto aos seus familiares e destinam-se a controlar a dor e demais sintomas, evitando assim o sofrimento do paciente (1).

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicológica e espiritual”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).



**Figura 1** Evolução dos cuidados paliativos nas patologias crônicas. Adaptado de Lancken et al. (3)

Originalmente, a atenção dos Cuidados Paliativos centrava-se em pacientes na fase final da vida. Porém, hoje se considera que eles vão além dessa prática, uma vez que estes cuidados devem estar disponíveis para pacientes e seus familiares durante todo o processo de doença ameaçadora à continuidade da vida e também no transcurso do luto. Ao longo do tempo, o foco e os objetivos do cuidado vão progressivamente se deslocando, desde uma ênfase inicial em tratamentos modificadores da doença até tratamentos com intenção exclusivamente paliativa (2).

Os cuidados paliativos consistem em um conjunto de práticas e discursos voltados para o período final da vida de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, o que reflete uma mudança de paradigma e de conceitos sobre o corpo humano, o adoecimento e a morte (3). Eles não têm objetivo curativo, nem buscam prolongar ou adiantar a morte do enfermo, visto que seu enfoque é o controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos próprios do estágio avançado da doença incurável e a melhora da qualidade de vida (4).

Por isso, diferentemente da eutanásia e da distanásia, há a possibilidade da morte em seu ritmo e circunstâncias próprias: a ortotanásia. Essa prática não acelera nem posterga a morte do indivíduo, mas lhe oferece momento natural de partida. Dessa forma, a ortotanásia parte do princípio de que a morte é considerada como parte do ciclo da vida, assegurando ao paciente o direito de morrer com dignidade (3).

A prestação de cuidados ao paciente terminal e à família deve incluir também o atendimento integral das suas necessidades bio-psico-socio-culturais-espirituais e, para isso, ampliar seus conhecimentos sobre a morte e o processo de morrer (5).

Entretanto, apesar da morte ser uma questão implícita na prática e na formação dos profissionais da saúde, há uma tendência dos profissionais de saúde em restringir essa discussão aos aspectos meramente técnicos, seja na assistência à saúde, seja nas ações de saúde pública. Os profissionais da saúde devem estar cientes que os cuidados paliativos são bem mais abrangentes, envolvendo decisões desde a retirada de procedimentos invasivos como: cateteres centrais, realização de hemodiálise e exames de rotina até a abordagem de questões sociais, psicológicas, culturais, espirituais do paciente e de amparo à família no processo de luto. Sendo o elemento fundamental proporcionar o conforto e a privação de dor do paciente terminal, para que ele possua uma morte digna: seja no hospital, em casa ou no estilo hospice (cuidados prestados ao final da vida, incluindo a assistência durante o processo de morrer, e se estende ao acolhimento de familiares em luto) (6).

A prática de cuidados paliativos no Brasil é relativamente recente (início dos anos 1990), sendo em 1997 a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), e em 2011, o reconhecimento dos cuidados paliativos como área de atuação em 6 especialidades médicas: Pediatria, Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Anestesiologia, Oncologia e Geriatria. Por isso, o movimento moderno de Cuidados Paliativos e a promoção de discussões e pesquisas sobre o assunto, serve de provocação para que novas gerações de profissionais

estabeleçam protocolos para que melhores condutas sejam estabelecidas. Assim, mais profissionais da área da saúde serão capacitados a encarar a complexidade do cuidado de pessoas com doenças incuráveis que ameaçam a continuidade da vida (2).

Por ser um tema recente e bastante controverso, onde não há protocolos claramente estabelecidos e padronizados na atenção básica ou em hospitais terciários, é de extrema relevância a elaboração de trabalhos voltados a essa prática, a fim de padronizar atendimentos, objetivando maior informação e promover maior conhecimento aos profissionais da área da saúde envolvidos que lidam diariamente com pacientes nessa realidade e situação de fim de vida, sem proposta terapêutica. Assim, a proposta deste trabalho, a partir do tema mais geral sobre cuidados paliativos, se restringiu a revisar dados na literatura e elaborar um protocolo de atendimento voltado para os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, além de promover a reflexão desses profissionais sobre o assunto, considerando que estes cuidados envolvem aspectos éticos, subjetivos e espirituais, não sendo meramente técnicos, como muitos o consideram.

## IMPLEMENTAÇÃO

Desde 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a resolução onde declara que cuidado paliativo deve ser indicado desde o diagnóstico de qualquer condição de saúde que ameace a vida integrando-o ao plano de cuidados. Mas o que se fala não é do encaminhamento para o especialista em Cuidados Paliativos, que pode auxiliar em situações complexas, oferecer suporte, treinamento e orientações, mas sim do médico assistente adotando os princípios dos cuidados paliativos na prática, atendendo as necessidades multidimensionais do paciente. Uma vez que é comprovado, cientificamente, que cuidado paliativo aumenta a qualidade de vida, reduz admissões hospitalares, intervenções onerosas de pouco benefício, além de, em alguns casos, aumentar a expectativa de vida.

Nesse sentido, em 2010, com a liderança de Dra. Kristy Boid e Dr. Scott Murray, em Edimburgo, na Escócia, foi desenvolvida uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos. O **SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)** é um instrumento simples, baseado em

indicadores clínicos de doença avançada, de fácil reconhecimento. Ele permite orientação prática sobre quais pacientes estão em risco de deterioração e descrevem mudanças no estado de saúde e necessidades. Isso auxilia médicos, que trabalham tanto na atenção primária quanto em hospitais, a reconhecer o paciente que pode se beneficiar dos cuidados paliativos e de apoio no planejamento de cuidados.

O SPICT™ tem formato de única página contendo seis sinais gerais de piora da saúde. Conta também com indicadores clínicos baseados em evidências das principais condições avançadas e progressivas considerando câncer; demência/ fragilidade; doença neurológica; doença cardiovascular; doença respiratória; doença renal e doença hepática.

Segue abaixo a tabela que exemplifica os principais critérios que estabelecem pacientes que se beneficiariam muito de cuidados paliativos em que os profissionais devem estar sempre atentos para assumi-los de forma íntegra e proporcionar o manejo de cuidados especiais em fim de vida.


**Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)**


**O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.**

**Procure por indicadores gerais de piora da saúde.**

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

**Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.**

<p><b>Câncer</b></p> <p>Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.</p> <p>Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p>	<p><b>Doença cardiovascular</b></p> <p>Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.</li> </ul> <p>Doença vascular periférica grave e inoperável.</p>	<p><b>Doença renal</b></p> <p>Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG &lt; 30ml/min) com piora clínica.</p> <p>Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.</p> <p>Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p>
<p><b>Demência/ fragilidade</b></p> <p>Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.</p> <p>Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.</p> <p>Incontinência urinária e fecal.</p> <p>Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.</p> <p>Fratura de fêmur; múltiplas quedas.</p> <p>Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.</p>	<p><b>Doença respiratória</b></p> <p>Doença respiratória crônica grave com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.</li> </ul> <p>Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo.</p> <p>Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.</p> <p>Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.</p>	<p><b>Doença hepática</b></p> <p>Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascite resistente a diuréticos</li> <li>• Encefalopatia hepática</li> <li>• Síndrome hepatorenal</li> <li>• Peritonite bacteriana</li> <li>• Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas</li> </ul> <p>Transplante hepático é contraindicado.</p>
<p><b>Doença neurológica</b></p> <p>Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.</p> <p>Problemas de fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.</p> <p>Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.</p>	<p><b>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.</li> <li>• Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.</li> <li>• Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.</li> <li>• Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.</li> <li>• Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.</li> </ul>	

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT web site (www.spict.org.uk)  
 SPICT™, abril 2016

Figura 2: SPICT-BR

Fatores que sugerem que os pacientes estão chegando ao fim de vida e merecem cuidados especiais são indicadores gerais de declínio – deterioração, aumentando a necessidade ou escolha por não ter mais tratamentos intensos em pacientes com doenças crônicas degenerativos ou doenças agudas fora de possibilidade terapêutica efetiva.

A indicação de Cuidados Paliativos na Atenção Básica deve partir da percepção da equipe de saúde sobre a sobrevida do paciente. Para pacientes com doença avançada com condições limitantes de vida a equipe deve fazer a auto avaliação através da pergunta: “Você ficaria surpreso se o paciente fosse morrer nos próximos meses, semanas, dias?”.

A resposta a esta questão deve ser intuitiva, reunindo uma série de condições clínicas, comorbidade, fatores sociais e outras que dão um quadro completo de deterioração. Caso a equipe considere que NÃO ficaria surpresa com a possibilidade de óbito do paciente em um intervalo de tempo reduzido ou apresente dúvidas sobre essa possibilidade, deve-se em seguida avaliar a presença de indicadores gerais de declínio funcional.

Primeiramente para eleger os pacientes que se beneficiariam de cuidados paliativos na atenção básica, precisa-se definir os critérios de doença crônica avançada e incurável, dessa forma estabelece-se cuidados de fim de vida em pacientes que possuem comorbidades conforme segue na tabela (figura 3) a seguir:

Câncer avançado/metastático com ECOG 3 ou 4, declínio funcional pela progressão da doença (KPS < ou = 50% / PPS < OU = 50%).
Demência CDR 3: dependente para auto-cuidado, acamado e/ou incontinente.
Doença neurológica com deterioração progressiva ou sequelar (ex: AVC), com alta dependência funcional (acamado, incontinente, dependente para auto-cuidado).
Insuficiência cardíaca classe funcional III ou IV com descompensações frequentes.
Doença respiratória crônica grave (ex: DPOC, doença pulmonar intersticial): dependente de O2 domiciliar e/ou dispneia aos mínimos esforços entre crises e/ou 3 ou mais exacerbações no último ano.
Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos / associada a declínio funcional.
Cirrose Hepática Child B ou C com uma ou mais complicações no último ano (encefalopatia hepática, PBE, sangramentos por varizes esofágicas, ascite resistente a diuréticos, síndrome hepatorenal).
Outra condição crônica de saúde não descrita acima, mas cursando com internações hospitalares não programadas, alta dependência funcional e perda de peso significativa com sintomas persistentes apesar de tratamento otimizado das condições de base.

Figura 3: Critérios doença Crônica Avançada e Incurável.

Dessa forma indicadores gerais de indicação de cuidados paliativos são referentes a pacientes que apresentam diminuição do nível de atividade funcional – desempenho

funcional em declínio (ex: auto cuidado limitado, na cama ou cadeira mais de 50% do dia) e aumento da dependência na maioria das atividades de vida diária.

Comorbidade é considerado como maior indicador preditivo de mortalidade e morbidade.

Declínio físico geral e crescente necessidade de apoio.

Doença avançada – instável, deteriorando com sintomas intensos.

Diminuição da resposta ao tratamento, reversão diminuída.

Escolha de Nenhum tratamento invasivo.

Perda de peso progressiva (>10%) nos últimos seis meses.

Repetidas admissões não planejadas.

Presença de evento sentinela (ex: quedas, luto, transferência para instituição de longa permanência).

Já os indicadores clínicos específicos de gravidade e progressão de doenças – critérios objetivos de mau prognóstico para certas doenças selecionadas:

- Doença oncológica: Câncer metastático (estágio IV) que apresentem má resposta ou contra-indicação ao tratamento específico, manifestação evolutiva da doença ou envolvimento metastático de órgãos vitais (SNC, fígado, pulmão, etc).

Deterioração funcional significativa (Palliative Performance Status (PPS < 50%).

Sintomas persistentes mal controlados ou refratários, apesar de tratamento específico otimizado.

- Doença pulmonar crônica: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre exacerbações. Sintomas físicos ou psicológicos difíceis de manejar, apesar do tratamento ótimo bem tolerado.

No caso de dispor de provas de função respiratória avaliar presença de critérios de obstrução grave (FEV1 < 30% ou critérios de déficit restritivo grave: CV forçado < 40%/DLCO < 40%).

Presença de critérios de oxigenterapia domiciliar ou estar atualmente realizando este tratamento em casa.

- Doença cardíaca crônica: insuficiência cardíaca estágio III ou IV, doença grave valvar ou doença coronária extensa não revascularizável.

Dispneia ou angina de repouso aos mínimos esforços.

Se dispor de Ecocardiograma: fração de ejeção severamente deprimida (<30%) ou HAP grave (PSAP > 60%). Insuficiência renal associada (TFG < 30 l/min).

Admissões hospitalares com sintomas de insuficiência cardíaca / isquêmica, doença recorrente (> 3 nos últimos 12 meses).

- Acidente Vascular Cerebral: Durante a fase aguda e subaguda (menos de 3 meses após o AVC): estado vegetativo persistente ou minimamente conscientes por mais de 3 dias. Durante a fase crônica (mais de 3 meses após o AVC): complicações de saúde com repetição (pneumonia por aspiração, apesar de medidas antidisfagia), infecção do trato urinário superior (pielonefrite) de repetição, febre recorrente apesar de antibióticos, úlceras de decúbito estágio 3 ou 4 refratárias ou demência com critérios de gravidade após AVC.

- Doença do neurônio motor: Esclerose Múltipla e Doença de Parkinson – deterioração progressiva da função física e/ou cognitivo, apesar de tratamento otimizado. Sintomas complexos e de difícil controle. Problemas de fala, disfagia progressiva. Pneumonia por aspiração recorrente, dispneia e insuficiência respiratória.

- Doença hepática crônica grave: cirrose avançada (estadiamento CHILD C, pontuação de MELD acima de 30 ou com uma ou mais das seguintes complicações médicas – ascite refratária, síndrome hepato-renal ou sangramento gastrointestinal alto por hipertensão portal persistente com fracasso do tratamento farmacológico e endoscópico e paciente não é candidato para TIPS ou não é candidato a transplante.

- Carcinoma hepatocelular: presente, em estágio C ou D.

- Doença Renal Crônica Grave – fase 4 ou 5: pacientes com sintomas físicos ou psicológicos refratários decorrentes da doença renal apesar de tratamento renal otimizado ou em terapia dialítica. Insuficiência renal sintomática – náuseas e vômitos, anorexia, prurido, desempenho funcional reduzido, sobrecarga de líquidos.

- Demência:

1) Critérios de gravidade: incapacidade de se vestir, lavar ou comer sem ajuda. Aparecimento de dupla incontinência ou incapacidade de falar ou comunicar com sentido.

2) Critérios de progressão: perda de 2 ou mais ABVD (atividades básicas da vida diária) nos últimos 6 meses, apesar de intervenção terapêutica adequada ou surgimento de dificuldade de engolir, de recusa em se alimentar, em pacientes que não recebem nutrição enteral ou parenteral.

3) Critérios de uso de recurso: múltiplas internações (mais de 3 nos últimos 12 meses, por eventos como pneumonia aspirativa, pielonefrite, septicemia, dentre outros que levem a deterioração funcional e/ou cognitiva).

- Síndrome de fragilidade: Indivíduos que apresentam múltiplas comorbidades com prejuízo significativo no dia-a-dia e apresentam desempenho funcional reduzido (Barthel / ECOG / KARNOFKSY / PPS), além da combinação de pelo menos três dos seguintes sintomas: fraqueza, velocidade de marcha reduzida, perda de peso significativa, baixa atividade física espontânea.

Caso os pacientes avaliados na atenção básica ou em visita domiciliar atendam aos critérios descritos acima, eles devem ser considerados elegíveis para ações paliativas, sendo que tais medidas devem ser correlacionadas ao tratamento terapêutico em vigor e potencializadas com base na ausência de resposta ao tratamento em vigor, aumentando a probabilidade de óbito do paciente.

As recomendações básicas para o cuidado paliativo de pacientes identificados são:

- 1) Identificar as suas necessidades multidimensionais (física, psicológica, espiritual e social).
- 2) Praticar um Modelo de atenção impecável, com atenção a todos as necessidades de acompanhamento regular.
- 3) Desenvolver um plano terapêutico multidimensional e sistemática (Meta de Cuidados). As metas devem ser definidas através de discussão com o paciente (se consciente e com desejo de participar de tal conversa) e seu responsável. As metas pode compreender a ordem de não reanimar (manutenção de todas as medidas curativas até que a morte ocorra por parada cardiorrespiratória), a ordem de retirada (suspensão de uma ou várias medidas que estejam prolongando o processo de morrer) e a ordem de não oferta (não iniciação de medidas de suporte curativo que possam prolongar o processo de morte de um indivíduo).
- 4) Identificar valores e preferências do paciente: bioética e documentar decisões de planejamento antecipado (Diretiva antecipada de Vontades).
- 5) Envolver a família e o cuidados principal.
- 6) Realizar a gestão dos caos, com atenção contínua, coordenando e integrando equipes envolvidos no atendimento.

## RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

Após estabelecidos os pacientes elegíveis e que se beneficiariam muito da proposta de cuidados paliativos deve ser realizada uma reunião entre a equipe da Unidade Básica de Saúde, juntamente com a família do paciente para estabelecimento de estratégias para o cuidado integral desse paciente, proporcionando alívio da dor e sofrimento.

<b>PASSO</b>	<b>Princípio ético e Foco</b>	<b>Objetivo e Método</b>	<b>Objetivo prático</b>
<b>1</b>	Acurácia: foco na doença.	Previsão acurada sobre eficácia e riscos dos tratamentos.	Prognóstico probabilístico acurado.
<b>2</b>	Compreensão: foco na pessoa.	Compreender os valores de vida e o que é sofrimento para a pessoa: comunicação empática.	Tirar uma história de valores de vida.
<b>3</b>	Consciência situacional: foco na equipe	Aplicar os valores de vida aos riscos.	Apresentar um consenso da equipe do que seria: recomendável, aceitável, potencialmente inapropriado e inadequado.
<b>4</b>	Deliberação: médico-paciente.	Estabelecer um objetivo de Cuidado Compartilhado,	Objetivos de Cuidado compartilhado para

		através de comunicação honesta e empática.	o melhor e o pior cenário.
--	--	--	----------------------------

Um dos focos importantes do Cuidado Paliativo é o Manejo da Dor, da Dispneia e do Delirium, Reforço do Cuidado e Conforto e, em último caso, Sedação Paliativa.

### 1) DOR:

Para Manejo da Dor é importante ter conhecimento sobre a escada analgésica da dor da OMS, além de possuir conhecimento sobre métodos / escalas para diagnóstico da dor em pacientes acamados e que muitas vezes não conseguem expressar com palavras que está apresentando dor naquele momento.

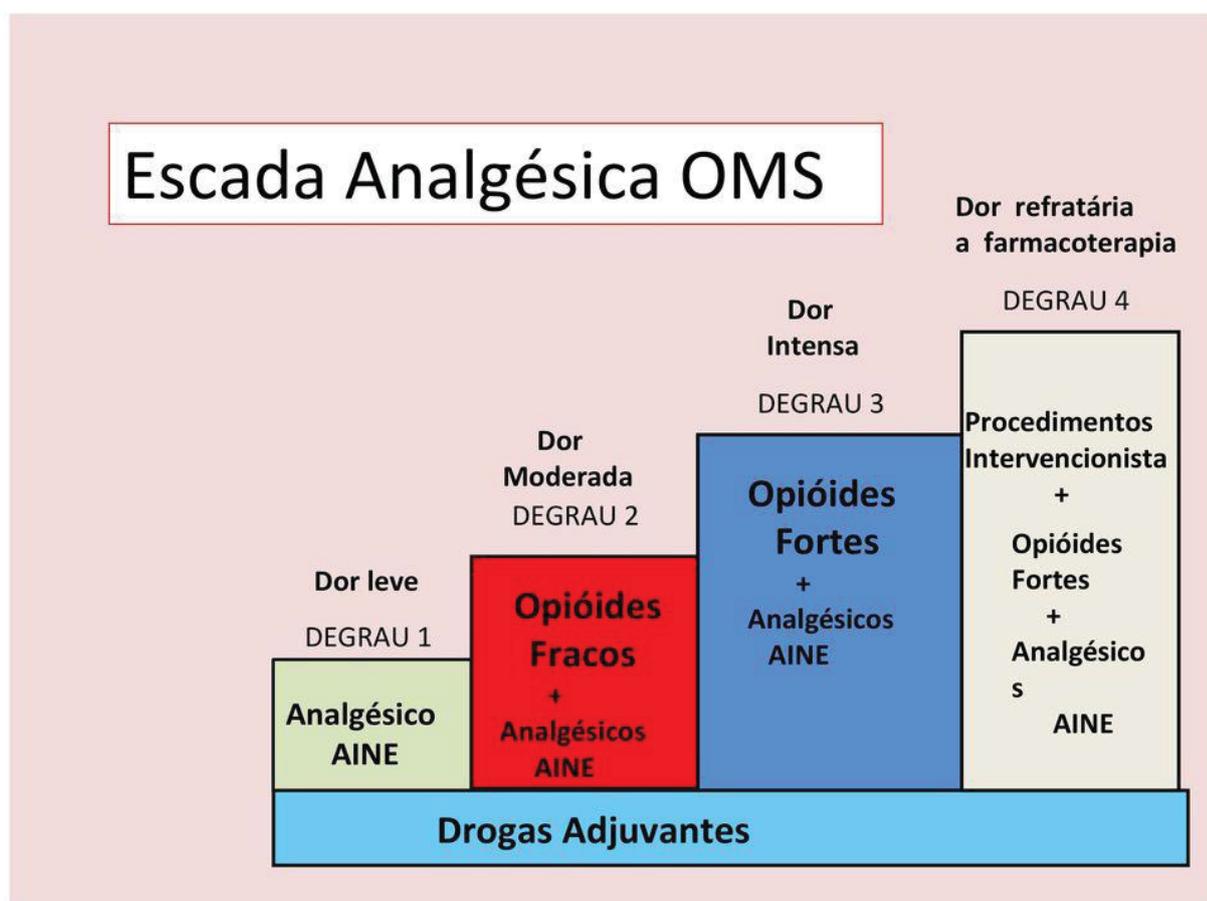


Figura 3: Escala Analgésica OMS.

## 2) DISPNEIA:

É comum nas doenças avançadas e possui etiologias variadas: cardíacas, pulmonares e pleurais, anemia, ansiedade, doenças neurodegenerativas. O profissional deve estar atento a compensar o evento adulto com medicações, a fim de se evitar procedimentos invasivos desnecessários nesse cenário – como intubação orotraqueal ou manutenção do sofrimento e desconforto do paciente. Saber o manejo de uso de Opióides é fundamental para controle de sintomas da dispneia e também da dor.

O mecanismo de ação dos opioides no controle da dispneia se deve a redução da percepção pelo Sistema nervoso central da sensação de falta de ar, além da redução da ansiedade associada a dispneia. Ocorre redução na sensibilidade à hipercapnia e redução no consumo de oxigênio. Ocorre melhora da função cardiovascular.

- Dispneia leve: pacientes “virgens” de tratamento: Administrar Codeína 30 mg Via oral de 4-4 horas. Realizar resgastes se necessário. Titular doses (50-100% a cada 24 horas). Para DPOC ou cardiopatas: realizar metade da dose.

- Dispneia Grave: pacientes “virgens” de tratamento: Administrar sulfato de morfina 5 mg via oral de 4-4 horas ou Oxycodona 5 mg via oral de 4-4 horas. Para pacientes tolerantes a opioides realizar dose inicial 25-50% maior e realizar resgastes conforme necessidade.

## 3) DELIRIUM:

Para o manejo de delirium em paciente com doença terminal deve-se primeiro afastar a hipótese de processo ativo de morte, caso positivo deve-se realizar tratamento sintomático exclusivo. Caso paciente não esteja em processo ativo de morte deve ser realizada a investigação e tratamento da causa do delirium.

Caso o delirium não tenha predomínio de agitação ou confusão mental deve-se tratar a causa sem uso de neuroléptico. Já se houver predomínio de agitação e confusão mental, precisa-se observar se está presente o parkinsonismo, se negativo deve-se usar antipsicóticos atípicos, caso positivo deve-se iniciar haloperidol 1 mg via oral ou subcutânea a cada 8 ou 12 horas, resgastes de 3 mg por via subcutânea se houver agitação. Considerar clorpromazina 12,5 mg por via intravenosa, a cada 30 minutos (até quatro doses para agitação grave).

Demais princípios de manejo do delirium deve-se tratar a causa sempre se possível, deixar paciente de óculos para enxergar melhor, janelas abertas para se localizar no tempo (dia e noite), deixar relógios no quarto mostrando o horário. Manter a analgesia já em uso, exceto se houver intoxicação. Administrar neurolépticos sistemáticos e de resgate. Priorizar neurolépticos potentes e menos sedativos.

#### 4) REFORÇO DO CUIDADO E DO CONFORTO:

Hidratar os lábios, a boca e os olhos, manter o paciente limpo e seco, preparar-se pra as possíveis incontinências, comer menos é normal nesta fase, orientar a mudança de decúbito para prevenir úlceras de pressão, orientar cuidados e higiene se o paciente já apresentar úlceras vigentes, oferecer maior privacidade no momento da morte.

Lembrar que antes de tudo, o fundamento é ter abertura e conversa clara com familiares e com o paciente quando este é consciente sobre o quadro clínico o prognóstico e as medidas a serem adotadas para tranquilizar os familiares e a equipe nesse processo de morte, todos estando cientes da situação e colaborativos em proporcionar melhor conforto e dignidade para o paciente é fundamental para que todo o processo de cuidar seja efetivo. Além disso, acolhimento e suporte emocional, presença ativa da equipe cuidadora e realizar medicações somente se essenciais.

#### 5) SEDAÇÃO PALIATIVA

Em último caso, se já realizado analgesia adequada, medidas de conforto, medidas para controle de dispneia, manejo de delirium e o paciente permanece desconfortável e com fáscies de dor, a equipe deve discutir a possibilidade de sedação paliativa. Esse passo já deve ser ofertado em unidades hospitalares, devido medicações necessárias serem disponíveis fora de ambiente domiciliar. Dessa forma, é hora da equipe discutir encaminhamento para hospitais de retaguarda que possuam profissionais treinados para manejo de pacientes em cuidados paliativos exclusivos, para se indicar esse tipo de intervenção, deve-se saber as indicações de sedação paliativa:

- Sintomas Refratários: delirium, agitação ou inquietudes refratária a neurolépticos. Dor refratária a opioides e analgésicos adjuvantes. Vômitos

refratários à agressiva terapêutica anti-emética. Dispneia refratária a oxigênio, broncodilatadores e opióides. Sofrimento existencial ou psicológico refratário à intervenção apropriada (antidepressivos, suporte religioso e espiritual).

- Quadro agudo ameaçador da vida em tempo curto: Ex: hemorragia maciça, TEP maciço – necessidade de sedação mais rápida.

- Morte iminente (horas e dias) com sofrimento intenso.

A medicação preferível utilizada na sedação paliativa é o midazolam (indução bolus 0,5 a 5 mg SC ou EV a cada 5 min e titular em bomba de infusão contínua SC ou EV 0,5-1mg/hora, titular a cada 15 minutos até adequadamente sedado).

Dessa forma, com todas essas orientações preconizadas o médico da Unidade Básica de Saúde e toda a equipe multiprofissional estarão aptos para detectar desde o início do processo os pacientes candidatos e que se beneficiariam de cuidados paliativos, sejam eles proporcionais ou exclusivos.

A capacitação e implementação do projeto na atenção básica é dado, após leitura do material de orientação, com reuniões para preparo de toda equipe e, após estabelecido pacientes que se beneficiariam desse cuidado especial, convocação das famílias do paciente para serem realizadas orientações sobre a perspectiva de vida daquele indivíduo e conversado sobre as metas de cuidados instituídas que seriam benéficas para o paciente e também sobre quais medidas não seriam benéficas em um quadro de exacerbação aguda da doença (como por exemplo: intubação, hemodiálise, início de droga vasoativa, sondagem vesical, coleta diária de exames, entre outros... nos casos de cuidados paliativos exclusivos).

Como resultado efetivo da proposta desse trabalho, essa antecipação de conversa com os familiares e cuidados prestados antes de exacerbações agudas da doença, além de promover qualidade de vida e alívio de sofrimento, também evita a distanásia no processo ativo de morte. Visto que a maioria desses pacientes são levados a nível terciário durante essas complicações, onde durante a emergência é inviável a definição de metas, assim acabam sendo realizadas medidas de distanásia como já citados (intubação, hemodiálise, drogas vasoativas...), quando não houve antecipação pela equipe da atenção básica sobre a definição de palição do paciente com a família. Assim, o projeto é eficaz ao preparar o paciente e familiares para um final de vida tranquilo e confortável, definindo metas desde início para que todo esse processo não seja realizado na emergência, tornando tudo mais doloroso e conflitante entre médicos e familiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que esse trabalho tem como objetivo servir de revisão de literatura e servir como fonte de informações para profissionais da saúde na atenção básica que necessitam se informar melhor e seguir informações protocolares para melhor manejo de pacientes que se enquadram em critérios de cuidados paliativos e como proceder para melhor cuidado das principais exigências e demandas que esses pacientes apresentam, ele conseguiu abranger os principais pontos necessários para orientação, cuidado e atenção para com esses pacientes.

Ele pode servir como guia prático para ser utilizado por gestores, equipe de saúde da UBS, usuários e comunidade e sistemas de saúde.

A fragilidade está na necessidade que esses pacientes em cuidados de fim de vida demandam da equipe, eles necessitam de visitas domiciliares do médico no mínimo 1 vez por semana e de demais membros da equipe (assistente comunitário da saúde, enfermeira, fisioterapeuta, técnica em enfermagem) nos demais dias, a fim de sempre checar se o paciente está confortável e acompanhar como está a evolução, além de pontuar demandas da família que surgem durante todo o processo. Dessa forma, a equipe deve estar bem estruturada e ciente de todo o processo e de suas obrigações para que o trabalho seja realizado da melhor forma possível.

A partir desse protocolo a equipe pode planejar intervenções futuras, avaliando e acompanhando a evolução dos pacientes, sobretudo atualizando o protocolo e renovando informações que julguem mais importantes ou atualizando com informações novas sobre demandas inesperadas que na prática acabem surgindo durante o cuidado do paciente na rotina da equipe.

## BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**, 2012. 592 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos. **Rev Bras Cancerol**, v. 46, n. 3, p. 243-256, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, R.T. *et.al.* **Manual da Residência de Cuidados Paliativos – Abordagem Multidisciplinar – HCFMUSP**, São Paulo: Manole, 2018. 1056 p.  
<http://www.apucarana.pr.gov.br/site/> E-SUS (<https://aps.saude.gov.br/ape/esus>) ;  
 UNA-SUS.

LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev. Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA JÚNIOR J.J.; DAMÁSIO, A.C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.

REGO, S.; PALACIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, Aug. 2006. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jun. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800025>.

SILVA, A.E.; GUIMARÃES, E.A.A. Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 3, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de cuidados paliativos**. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>.

Acesso em: 25 out. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Especialização Multiprofissional na Atenção Básica** – Modalidade a Distância. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico]. Disponível em: [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/32871/mod\\_resource/content/3/AtencaoBasica\\_GuiaAluno.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/32871/mod_resource/content/3/AtencaoBasica_GuiaAluno.pdf). Acesso em: 20 out. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Atenção Integral à Saúde do Adulto**: Medicina. Florianópolis, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programs**: policies and management guidelines. 2<sup>a</sup> ed., Genebra: WHO, 2002.